INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

INFORME No.	03		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	08	2023

No. DEL CONTRATO Y FECHA
2466 del 29 de mayo de 2023
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20238007016028 93E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARIÑO MUÑOZ LINA ALEJANDRA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1016004654	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERES DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	SIETE (7) MESES Y DOCE (12) DÍAS.	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS PESOS ($19.395.400) M/Cte	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	01/06/2023	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	N/A	Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	N/A	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	05/03/2024	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	01 al 30 de Agosto de 2023	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el período para el cumplimiento de la misma, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

<table>
<tr><th>Obligaciones específicas</th><th>Actividades, evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>Obligación No. 1: Planear cada una de las sesiones de clase transversalizando el componente pedagógico y psicosocial del proyecto jornada escolar complementaria implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena y ejecutar de manera presencial, virtual y/o alternativas las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM), acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido) , adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.</td><td>1 ACTIVIDADES: Para este periodo se cuenta con 4 grupos en la IED Simón Rodríguez, para el centro de interés baloncesto; se planean en el SIM las sesiones correspondientes; con relación a los planes pedagógicos establecidos, se ejecutan y se carga la asistencia de acuerdo con el plazo establecido; para este periodo no se presentaron accidentes en ninguno de los grupos del centro de interés baloncesto para la IED Simón Rodríguez.
2 EVIDENCIA: Planeación y registro de asistencia de las sesiones de clase en el SIM
<table><tr><th>GRUPO</th><th>HORARIO</th><th>SESIONES</th></tr><tr><td>1</td><td>MIERCOLES Y JUEVES 1:00 PM A 3:00 PM</td><td>2-3-9-10-16-17-23-24-30</td></tr><tr><td>2</td><td>MARTES Y JUEVES 7:00 AM A 9:00 AM</td><td>1-3-8-10-15-17-22-24-29</td></tr><tr><td>3</td><td>MARTES Y JUEVES 10:30 AM A 12:30 PM</td><td>1-3-8-10-15-17-22-24-29</td></tr><tr><td>4</td><td>MARTES Y VIERNES 1:00 PM A 3:00 PM</td><td>1-4-8-11-15-22-25-29</td></tr></table>3 UBICACION: SECOP II numeral 7 “Ejecución del contrato” Evidencias Informe Agosto 2023 CPS 2466-2023 Sub Carpeta Obligación #1.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 2: Conocer los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculo esqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y su número de</td><td>1. ACTIVIDADES: En la IED Simón Rodríguez, cuentan con una base de datos de los estudiantes, donde se encuentra las discapacidades y antecedentes presentes en los estudiantes.
2. EVIDENCIA: Base de datos
3. UBICACIÓN: SECOP II numeral 7 “Ejecución del contrato” Evidencias Informe Agosto 2023 CPS 2466-2023 Sub Carpeta Obligación #2.</td></tr>
</table>

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido	
Obligación No. 3: Identificar y reportar a los estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva, que cumplen condiciones y parámetros establecidos por el componente de talentos deportivos y remitirlos al formador profesional encargado	**1. ACTIVIDADES:** A la fecha no se han identificado estudiantes con condiciones técnicas, motrices y deportivas, para pertenecer al componente de talentos deportivos. Cuando sea pertinente se informará al profesional encargado, y al componente de talentos deportivos.
Obligación No. 4: Asistir, participar y/o apoyar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias, eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.	**1. ACTIVIDADES:** Durante este periodo se participó en las siguientes reuniones y actividades: 1. Día: 2 de Agosto de 2023 Motivos: Pedagógica, caracterización de articulación y armonización IED. 2. Día: 10 de Agosto de 2023 Motivos: Operatividad IED. 3. Día: 11 de Agosto de 2023 Motivos: Pedagógica y Operativa IED. 4. Día: 16 de Agosto de 2023 Motivos: Operativa IED, recepción de informes. 5. Día: 18 de agosto Motivos: Socialización de documento borrador armonización. 6. Día: 31 de agosto Motivos: Entrega de notas. **2. EVIDENCIA:** Actas de reuniones. **3. UBICACIÓN:** SECOP II numeral 7 “Ejecución del contrato” Evidencias Informe Agosto 2023 CPS 2466-2022 Sub Carpeta Obligación #4**.**
Obligación No. 5: El Contratista adoptará todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses conforme con lo estipulado en la resolución 424 de 2021 o las vigentes, “por medio de la cual se	**1. ACTIVIDADES:** Declaro que no presento conflicto de intereses y adopto todas las condiciones necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses conforme a lo estipulado en la resolución 424 de 2021 por medio

Yoeli Jose Munoz Cordoba
Gestor IED- Cps. 2568
Apoyo a la supervision

adopta la política sobre conflicto de Intereses en el Instituto Distrital de Recreación y Deporte- IDRD. Esta situación se produce cuando, como consecuencia de intereses económicos, profesionales, afinidades políticas o nacionales, vínculos familiares o afectivos, o cualesquiera otros intereses compartidos, se ve comprometida la ejecución imparcial y objetiva del Contrato	de la cual se adopta la política sobre conflicto de intereses en el IDRD.
Obligación No. 6: Disponer y Gestionar las herramientas y /o elementos de comunicación, digitales, tecnologías y/u ofimáticas necesarias para el cumplimiento del objeto y obligaciones del contrato así mismo compartir por medio digital o los diferentes medios de difusión masiva, "puede ser redes sociales" los eventos que realice la entidad..	1. **ACTIVIDADES:** Se cumple al gestionar las herramientas digitales, tecnologías y/o ofimáticas para garantizar las sesiones presenciales, contando con los medios tecnológicos necesarios para mantener constante comunicación con el gestor, teniendo en cuenta las actividades relacionadas a la obligación del proyecto JEC-IDRD.
Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SURA	$145.000
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$185.600
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$28.300
	TOTAL	$358.900

4. **ANEXOS** (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, etc.).

Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.

Firma Contratista
LINA ALEJANDRA MARIÑO MUÑOZ
CC. 1016004654

VoBo: Jhon Miguel Cordoba
Gestor IED- Cps: 2568
Apoyo a la supervision

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

LA FORMADORA CUMPLE CON SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

VoBo Luis Humberto Salcedo Prado
No de identificación: 80.726.363
Subdirector Técnico de Recreación y Deportes.
Periodo de Supervisión: 1/08/2023 al 8/08/2023

VoBo Melissa Andrea Valero Yague
Número de identificación: 1.018.443.142
Supervisora del contrato (E)
Asesora Código 105 Grado 2 Dirección General (E)
Proyecto de Inversión 7854 – Jornada Escolar Complementaria
Periodo de supervisión: del 9/08/2023 al 23/08/2023

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro González Cárdenas
N° de Identificación: 79.747.015
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02
Periodo de supervisión 24/08/2023 al 30/08/2023

Señores:

INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE

Ciudad.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional)

Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del parágrafo 4 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Nombre del Contratista	**MARIÑO MUÑOZ LINA ALEJANDRA**									
2	Identificacion	CC	**X**	CE		**Numero**	**1016004654**	**N° contrato**		**2466-2023**	
3	Responsable del impuesto a las ventas							SI		NO	**X**
4	Pertenece al Regimen Simple							SI		NO	**X**
5	Residente en el país (Extranjeros)							SI		NO	
6	Mis ingresos totales en el año gravable 2022, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2022), equivalentes a $53,205,600							SI		NO	**X**

7	**Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el <u>MES ANTERIOR</u> provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.**					
	Número de planilla	**7888736338**	Fecha de pago	9/08/2023	Valor pagado	$ 358.900,00
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**$ 145.000,00**		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	**$ 185.600,00**	
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**$ 28.300,00**		Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente		
8	**Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual**					
	AFC $			Ahorro Voluntario Pensión $		

9	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2022). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo	SI		NO	**X**
10	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2022). Anexo	SI		NO	**X**

11	**<u>DEPENDIENTES</u>: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.**				
	De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podra deducir hasta un valor mensual de $254.472 por cada dependiente económico, y hasta un máximo de cuatro (4) dependientes. Certifico bajo la gravedad de juramento el numero de dependientes (si no tiene dependientes colocar (0))			**#**	**0**
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo	SI		NO	**X**
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil de cada uno y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo	SI		NO	**X**
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil de cada uno y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo	SI		NO	**X**
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2022) $9.881.040 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo	SI		NO	**X**
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2022) $9.881.040 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo	SI		NO	**X**
12	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.	SI		NO	**X**
13	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una retención en la fuente superior a la establecida en el (parágrafo 3 del Artículo 383 ET), la cual será de:	$			

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **8** AA **2023**

Lina A Mariño M

FIRMA

VoBo: Jhon Miguel Cordoba
Gestor IED- Cps: 2568
Apoyo a la supervision

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1016004654
NOMBRES	LINA ALEJANDRA
APELLIDOS	MARIÑO MUÑOZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	30/08/1999	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 08/09/2023 19:26:35 | **Estación de origen:** | 2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA



LINA ALEJANDRA MARIÑO MUÑOZ
CC 1016004654
FORMADOR TECNICO DEPORTIVO



VoBo: Jhon Miguel Cordoba
Gestor IED- Cps: 2568
Apoyo a la supervision

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	LINA ALEJANDRA MARIÑO MUÑOZ	COORDINADOR	JHON MIGUEL CORDOBA CASTRO
FECHA REVISIÓN	2023-08-16 16:43:50	Mes	Julio

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO SIMON RODRIGUEZ (I	SIMON RODRIGUEZ, NUEVA GRANADA, BOSQUE CALDERON TEJADA,	1	**Miercoles,13:00:00,15:00:00** 12-19-26 **Jueves,13:00:00,15:00:00** 13-27	12-13-19-26-27		18	18
	SIMON RODRIGUEZ, NUEVA GRANADA, BOSQUE CALDERON TEJADA,	2	**Martes,07:00:00,09:00:00** 11-18 **Jueves,07:00:00,09:00:00** 13-27	11-13-18-27			
	SIMON RODRIGUEZ, NUEVA GRANADA, BOSQUE CALDERON TEJADA,	3	**Martes,10:30:00,12:30:00** 11-18 **Jueves,10:30:00,12:30:00** 13-27	11-13-18-27			
	SIMON RODRIGUEZ, NUEVA GRANADA, BOSQUE CALDERON TEJADA,	4	**Martes,13:00:00,15:00:00** 11-18 **Viernes,13:00:00,15:00:00** 14-21-28	11-14-18-21-28			



LINA ALEJANDRA MARIÑO MUÑOZ
CC 1016004654
FORMADOR TECNICO DEPORTIVO



VoBo: Jhon Miguel Cordoba
Gestor IED- Cps: 2568
Apoyo a la supervision

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	LINA ALEJANDRA MARIÑO MUÑOZ	COORDINADOR	JHON MIGUEL CORDOBA CASTRO
FECHA REVISIÓN	2023-08-16 16:43:40	Mes	Agosto

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO SIMON RODRIGUEZ (I	SIMON RODRIGUEZ, NUEVA GRANADA, BOSQUE CALDERON TEJADA,	1	**Miercoles,13:00:00,15:00:00** 2-9-16-23-30 **Jueves,13:00:00,15:00:00** 3-10-17-24	2-3-9-10-16		34	19
	SIMON RODRIGUEZ, NUEVA GRANADA, BOSQUE CALDERON TEJADA,	2	**Martes,07:00:00,09:00:00** 1-8-15-22-29 **Jueves,07:00:00,09:00:00** 3-10-17-24	1-3-8-10-15			
	SIMON RODRIGUEZ, NUEVA GRANADA, BOSQUE CALDERON TEJADA,	3	**Martes,10:30:00,12:30:00** 1-8-15-22-29 **Jueves,10:30:00,12:30:00** 3-10-17-24	1-3-8-10-15			
	SIMON RODRIGUEZ, NUEVA GRANADA, BOSQUE CALDERON TEJADA,	4	**Martes,13:00:00,15:00:00** 1-8-15-22-29 **Viernes,13:00:00,15:00:00** 11-25	1-8-11-15			

LINA ALEJANDRA MARIÑO MUÑOZ
CC 1016004654
FORMADOR TECNICO DEPORTIVO

VoBo: Jhon Miguel Cordoba
Gestor IED- Cps: 2568
Apoyo a la supervision

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. ARL CTO 2466-2023.pdf	1. ARL CTO 2466-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. CRP-CTO 2466-2023.pdf	2. CRP-CTO 2466-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFORME 1 CPS 2466-2023 JUNIO 2023.rar	EVIDENCIA INFORME 1 CPS 2466-2023 JUNIO 2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFORME 2 CPS 2466-2023 JULIO 2023.rar	EVIDENCIA INFORME 2 CPS 2466-2023 JULIO 2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFORME 3 CPS 2466-2023 AGOSTO 2023.rar	EVIDENCIA INFORME 3 CPS 2466-2023 AGOSTO 2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

LINA ALEJANDRA MARINO MUNOZ
CC 1016004654
FORMADOR TECNICO DEPORTIVO

VoBo: Jhon Miguel Cordoba
Gestor IED- Cps: 2568
Apoyo a la supervision

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional)

Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del parágrafo 4 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Nombre del Contratista	**MARIÑO MUÑOZ LINA ALEJANDRA**									
2	Identificacion	CC	**X**	CE		**Numero**	**1016004654**	**N° contrato**		**2466-2023**	
3	Responsable del impuesto a las ventas							SI		NO	**X**
4	Pertenece al Regimen Simple							SI		NO	**X**
5	Residente en el país (Extranjeros)							SI		NO	
6	Mis ingresos totales en el año gravable 2022, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2022), equivalentes a $53,205,600							SI		NO	**X**

7	**Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el MES ANTERIOR provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.**					
	Número de planilla	**7888736338**	Fecha de pago	9/08/2023	Valor pagado	$ 358.900,00
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**$ 145.000,00**		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	**$ 185.600,00**	
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**$ 28.300,00**		Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente		
8	**Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual**					
	AFC $			Ahorro Voluntario Pensión $		

9	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2022). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo	SI		NO	**X**
10	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2022). Anexo	SI		NO	**X**

11	**DEPENDIENTES: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.**				
	De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podra deducir hasta un valor mensual de $254.472 por cada dependiente económico, y hasta un máximo de cuatro (4) dependientes. Certifico bajo la gravedad de juramento el numero de dependientes (si no tiene dependientes colocar (0))			**#**	**0**
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo	SI		NO	**X**
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil de cada uno y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo	SI		NO	**X**
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil de cada uno y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo	SI		NO	**X**
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2022) $9.881.040 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo	SI		NO	**X**
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2022) $9.881.040 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo	SI		NO	**X**

12	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.	SI		NO	**X**
13	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una retención en la fuente superior a la establecida en el (parágrafo 3 del Artículo 383 ET), la cual será de:	$			

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **8** AA **2023**

Lina A Mariño M

FIRMA

Vobo: Jhon Miguel Córdoba Castro
Gestor IED
Apoyo a la supervisión

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1016004654
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LINA ALEJANDRA MARINO MUNOZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 27A # 24-24	TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Enseñanza deportiva y recreativa.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7888736338**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/08/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		93286239

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 185.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 145.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 28.300
SUBTOTALES:									**$ 28.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 28.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP														
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																		CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1016004654	MARIÑO MUÑOZ LINA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	101600465	$ 28.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 358.900**

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1016004654
NOMBRES	LINA ALEJANDRA
APELLIDOS	MARIÑO MUÑOZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	30/08/1999	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 08/09/2023 19:26:35 | **Estación de origen:** | 2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Vobo: Jhon Miguel Córdoba Castro
Gestor IED
Apoyo a la supervisión

LINA ALEJANDRA MARIÑO MUÑOZ
CC 1016004654
FORMADOR TECNICO DEPORTIVO